

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du
Vaginisme dit "Essentiel"

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 11 Décembre 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Cârâc (Georgian-Corneliu)

né le 4/17 Avril 1909, à Galati (Roumanie)

Examinateurs de la Thèse : { MM. FRÉLICH, Professeur Président.
MICHEL, Professeur }
BINET, Agrégé } Juges.
BODART, Agrégé }

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THIOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du
Vaginisme dit "Essentiel"

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 11 Décembre 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Cârâc (Georgian-Corneliu)

né le 4/17 Avril 1909, à Galati (Roumanie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRÆLICH, Professeur	Président.
		MICHEL, Professeur	Juges.
		BINET, Agrégé	
		BODART, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *; WEISS, O *, I *;
BOUIN, O *, I *; ANCEL, *, I *; GARNIER, *, I *; MACÉ, *, I *;
P. PARISOT, O *, I *; DUFOUR, *, I *; G. THIRY, *, I *.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I *
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I *
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I *
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, *, I *
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. FRUHHINSHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I *
Histologie	M. R. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I *
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I *
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I *
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Hydrologie	M. S. SANTENOISE, *, A *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I *
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I *
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I *
	M. WATRIN, *, I *

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, *, I *, professeur
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I *, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, *, I *, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I *, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I *, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I *, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, *, I *, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, A *, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A *, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A *.	MM. POURSIÈNES.	MM. GUILLEMIN, A *.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O *.	ABEL, *, A *.
BODART.	MUTEL, *, I *.	DROUET, A *.
CHALNOT.	VERMELIN, *, A *.	SIMONIN, A *.
WOLFF.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, *, I *; S. RÉMY, I *; BUSOUE, I *;
M. FAIRISSE, I *; BINET, *, I *; BARTHÉLEMY, *, I *; LAMY, *, I *.

M. E. TRIBOLET, I *, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR FRÆLICH

Professeur de Clinique chirurgicale infantile
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage respectueux.*

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR G. MICHEL

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qu'il veuille trouver ici l'assurance de
tout notre respect et de toute notre recon-
naissance pour son précieux enseignement
clinique.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BINET

Chargé de cours à la Clinique gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

*En témoignage de notre respectueuse
gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait
de juger cette thèse.*

*A tous mes Maîtres
de la Faculté de Médecine de Nancy*

A MES GRANDS-PARENTS

En témoignage de ma grande affection.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Qu'ils trouvent ici l'expression de ma
profonde gratitude et de mon amour filial.*

*En hommage pour tous les sacrifices
qu'ils se sont imposés pour ma formation
médicale.*

Avec toute ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

Hommage affectueux.

A MES TANTES ET ONCLES

A M^{lle} SUZANNE BUOB

A M^{me} ET A PAUL WEILER

Meis et Amicis

AVANT-PROPOS

Arrivés au terme de nos études nous croyons de notre devoir d'adresser nos vifs et sincères remerciements à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy, qui par leur enseignement ont contribué à notre formation médicale.

Nos remerciements s'adressent tout particulièrement à notre éminent maître le Professeur Binet qui nous a fait le grand honneur de nous confier le sujet de cette thèse.

Nous ne saurons oublier le bon accueil et les conseils affectueux et éclairés dont il nous a entouré avec une inlassable bienveillance, pendant l'année où nous avons été son assistant.

En témoignage respectueux de notre profonde admiration et notre fidèle reconnaissance, nous sommes fiers de nous dire son élève.

Nous remercions, également, tous nos collègues du service de gynécologie qui ont été pour nous des amis sincères.

Nous garderons un ineffaçable souvenir de M. le Docteur Francfort qui nous a témoigné une affectueuse sympathie.

Nous tenons à dire notre gratitude à M. le Docteur Grandpierre pour les belles conférences de cliniques médicales et pour l'amitié qu'il nous a témoigné.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est à HUGIER, que nous devons la première relation assez précise sur les contractures spasmodiques du vagin. Dans sa thèse inaugurale intitulée : *Dissertation sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie*, 1834, n° 31, il comparait la constriction du sphincter vaginal à celle du sphincter anal dans la fissure et il l'attribuait aux diverses espèces d'herpès développées sur la vulve et à l'ouverture du vagin.

En 1839, DUPUYTREN donne, des renseignements exacts sur le spasme du constricteur vaginal, dans ses leçons cliniques.

LISFRANC, en 1841, dans son deuxième volume de sa clinique chirurgicale intitule un chapitre : *de l'excès de sensibilité des organes génitaux de la femme*. Il pense qu'il s'agit d'une irritation nerveuse qui peut produire un état convulsif.

En 1842, paraît dans la *Gazette des Hôpitaux* un article de TANCHON sur les *Névroses de la vulve*. Dans cet article on trouve les mêmes idées émises par LISFRANC et où il est question surtout de névralgies et non pas de spasme vaginal.

Hervez DE CHEGOIN, en 1847, dans un travail qu'il publia sur la fissure de l'anus, comparait la contraction et la fissure vulvaire aux affections correspondantes de l'anus.

Quelques années plus tard, le professeur BORELLI, de Turin, écrivait un article très intéressant dans la *Gazette des Etats Sardes*, sur la fissure et le spasme de la vulve, et montrait l'analogie qu'elle présente avec la fissure et le spasme de l'orifice anal.

En 1856, paraît à Vurzbourg un ouvrage de SCANZONI intitulé: *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*. Cet auteur consacre quelques lignes au chapitre névroses du vagin à la contracture vulvo-vaginale, sous le nom de *spasme du vagin*.

En 1861, MICHON publie dans le *Bulletin de Thérapeutique* deux observations. De son côté, DEBOUT en publie deux autres; et un peu plus tard dans la même revue, on en vit paraître une du Docteur PERRIN et deux autres du Docteur CARADEC.

GALLARD publie dans l'*Union Médicale*, en novembre de la même année, un article sur la contracture spasmodique du vagin, dans lequel il traite avec beaucoup de prudence les indications thérapeutiques, et donne quelques notions, d'ailleurs assez incomplètes, sur la valeur étiologique du spasme vaginal.

La même année, SIMPSON, en Angleterre, publie dans l'*Edimbourg Medical Journal*, une note dans laquelle il est question d'un « spasme permanent de quelques-unes des fibres musculaires placées autour du vagin, spasme de même nature que celui du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien qui produit le torticolis ».

Le 6 novembre 1861, TYLER SMITH communiquait à la *Société Obstétricale de Londres*, une note de MARION SIMS, dans laquelle il traitait d'une affection des parties génitales externes de la femme, qu'il décrit sous le nom de vaginisme, et à laquelle il attache une très grande importance, car l'hypéresthésie de l'hymen et de l'orifice vulvaire, accompagnée de contractions spasmodiques du sphincter vaginal s'opposent au coït et, partant, à la grossesse. La nouvelle dénomination de la maladie, donnée par SIMS, l'importance qu'il accorde à cet état des organes sexuels, et le traitement qu'il conseille, ont beaucoup contribué à vulgariser cette affection, qui jusqu'alors ne se trouvait décrite dans aucun traité classique.

Depuis, cette maladie fut l'objet de nombreux travaux. VISCA, en 1870, e LUTAUD, en 1874, lui consacrent leurs thèses inaugurales. Dans tous les pays, des articles apparaissent, dans la presse médicale, traitant de cette affection aux multiples points de vue de sa pathogénie, de son étiologie et de son traitement.

ARAGON, en 1901, dans un article qu'il publie dans *La Revue de l'Hypnotisme et Psychologie physiologique* intitulé : *Caractères psychiques du vaginisme*, attire l'attention sur cette affection qu'il considère comme une névrose.

En 1905, BUDIN, publie un article dans le *Bulletin de la Société obstétricale de Paris*, sur : *L'orifice vaginal et vaginisme*, et intitule un autre dans la *Revue générale de chimie et thérapeutique*; *La membrane hymen et le vaginisme*.

AUDRY, en 1913, écrit dans la *Provence Médicale* un article: *Sur les dysparéunies vulvo-vaginales*, et fait la distinction très précise entre le faux et le vrai vaginisme.

A. SIREDRY, dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie* du 10 octobre 1927, publie un article intitulé: *Le pseudo vaginisme* dans lequel il énonce l'opinion qu'il y a peu de cas de vaginisme.

En Allemagne, beaucoup d'auteurs se sont intéressés à cette affection, notamment le Professeur WALTARD qui publie en 1909 un intéressant article dans le *Munchener medizinische wochenschrift*, dans lequel il attire surtout l'attention sur le côté psychique du vaginisme, propose une étiologie psychogénique de cette affection et lui applique un traitement psychothérapique.

CHAPITRE II

NOTIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Dans l'affection que nous allons étudier, la contraction du sphincter vaginal joue un rôle capital. Nous pensons donc qu'un rappel anatomo-physiologique des organes génitaux externes de la femme est légitime.

L'anneau vulvaire est constitué au point de vue anatomique par un tissu érectile, le bulbe et un muscle, le constricteur de la vulve. La paroi vaginale est formée par trois tuniques: 1° une tunique externe conjonctive; 2° une tunique musculaire lisse formée surtout de fibres longitudinales en dehors et de fibres circulaires en dedans; 3° une tunique interne muqueuse, très adhérente à la tunique musculaire.

Le périnée de la femme est composé de trois plans:

1° Un plan profond comprenant deux muscles: *a)* le releveur de l'anوس et *b)* l'ischio-coccygien.

Le releveur de l'anوس adhère intimement à la paroi vaginale. Avant de s'enfoncer dans la paroi rectale, les fibres les plus internes de ce muscle s'insinuent entre le vagin et le rectum, jusqu'à la ligne médiane. Ainsi les deux releveurs entrent en contact sur la ligne médiane dans l'intervalle compris entre le vagin

et le rectum. Le releveur est donc, en se contractant, un puissant constricteur du vagin qui presse de chaque côté de ce canal, de telle façon que sa capacité est notablement diminuée.

2° Un plan moyen que compose les muscles *a*) transverse profond et *b*) sphincter externe de l'urètre.

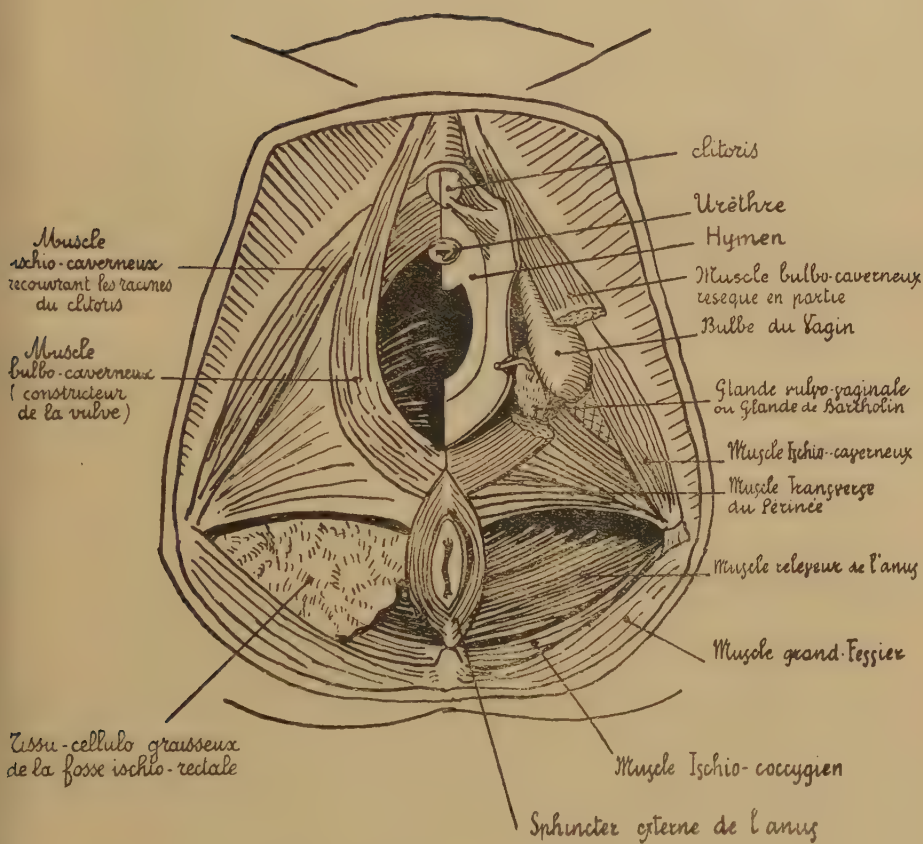
3° Le plan superficiel comprend quatre muscles : le sphincter externe de l'anus, le transverse superficiel, l'ischio-caverneux, le bulbo-caverneux ou constricteur de la vulve.

Le muscle constricteur du vagin, sphincter externe du vagin constrictor cuni de Vesale, muscle constricteur de la vulve de Bichat, est une mince nappe musculaire occupant l'orifice inférieur du vagin, spécialement sur les côtés et en arrière de cet organe. Il présente la forme d'un plan elliptique et n'est bien apparent que chez la femme adulte.

INSERTION

Il se continue en bas et en arrière avec les fibres du sphincter anal et du transverse superficiel ; très peu de fibres naissent du raphé médian ; elles viennent principalement de l'entrecroisement formé en arrière par celle du sphincter de l'anus, de sorte que les fibres gauche de l'anus se portent à droite pour former la portion droite du constricteur, et vice versa.

On peut considérer le sphincter anal et le constricteur vaginal comme formant un huit de chiffre, dont l'ouverture antérieure formée par la vulve est beau-



(In BINET, *La vie sexuelle de la femme*)

coup plus large que l'ouverture postérieure formée par l'anus.

En haut, il vient se terminer par une aponévrose des deux côtés du ligament supérieur du clitoris, tout à fait analogue au ligament supérieur de la verge.

Toutes les fibres se dirigent en haut, en avant et en dedans, pour se réunir au-dessus du clitoris, sans toutefois prendre insertion sur cet organe; elles décrivent deux courbures à concavité interne. La réunion de ces deux courbures forment ce qu'on appelle l'entrée du vagin, l'ouverture vulvo-vaginale.

INNERVATION

Les nerfs sont quelques branches du nerf honteux interne, lequel est une branche collatérale du plexus sacré; ce sont:

1° La branche inférieure ou périnéale, par son rameau musculo-lombaire, qui, en même temps qu'il se distribue au bulbe et au constricteur du vagin, se distribue aussi à presque tous les muscles du périnée.

2° La branche supérieure du nerf honteux interne ou clitoridienne gagne le clitoris, et, chemin faisant elle envoie quelques petits rameaux au constricteur.

ACTION

Le constricteur comprime le bulbe; de plus il rétrécit par ses contractions l'entrée du vagin. Cependant, normalement, cette action est peu énergique, car le muscle est très faible, précisément à cause de la petite quantité de ses fibres. Chez beaucoup de femmes mul-

tipares ce muscle devient très lâche et ne se contracte pour ainsi dire plus. Chez quelques sujets la contraction musculaire est évidente et même assez puissante, mais le rétrécissement qu'elle produit est d'autant moins marqué que le vagin offre une plus grande largeur.

Le constricteur, qui prend son point fixe en haut, élève la demi-circonférence inférieure du vagin, la rapproche du clitoris, et partant rétrécit cette ouverture.

Les muscles du vagin et les muscles péri-vaginaux forment un système sphinctérien dont les divers éléments fonctionnent de façon synergique, mais qui, exceptionnellement, peuvent se contracter individuellement; le plus important de ces muscles est le releveur de l'anus.

Ce sphincter intervient principalement dans le coït en réalisant trois phénomènes :

1° La contraction assure un meilleur contact des muqueuses dont partent les sensations génitales; certains faisceaux abaissent le clitoris au contact du pénis, mais surtout, le muscle releveur et constricteur de la vulve assure l'étreinte voluptueuse du gland, étreinte permanente avec des renforcements intermittents (VIGNES).

2° La contraction du releveur, en appliquant la paroi postérieure du vagin contre le gland, réduit la capacité des culs-de-sac vaginaux et favorise d'autant la pénétration direct des spermatozoïdes dans le col utérin (MARION SIMS, *Clinical Notes on utérine surgery*, 1886).

3° La contraction des muscles bulbo-caverneux et ischio-caverneux empêchent le cours du sang veineux et augmentent l'érection; mais cette action est accessoire, car elle est causée principalement par un mécanisme vaso-moteur.

La contraction des muscles péri-vaginaux peut se faire sous l'action de la volonté; mais leur fonctionnement le plus parfait dépend d'une action réflexe inconsciente.

Chez une femme, présentant une trop grande irritabilité nerveuse ou une cause locale d'irritation, il peut se produire une hypéresthésie vulvaire et, secondairement, une contracture de la musculature péri-vaginale ou vaginisme.

Dans le vaginisme la contracture spasmodique des muscles péri-vaginaux a donc une origine réflexe.

Si le point de départ de l'excitation a comme origine les ramifications du nerf honteux interne, cette excitation se transmet au centre spinal par les fibres centripètes et de là sur les muscles vulvaires par les fibres centrifuges. Nous nous trouverons donc en présence d'un vaginisme d'origine organique et le réflexe est médullaire.

Par contre nous pouvons avoir un vaginisme psychique si la contracture a une origine cérébrale et a pour point de départ une simple image dans le champ des représentations mentales de la femme.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

DÉFINITION

Le vaginisme est caractérisé par la contracture spasmodique du sphincter vaginal. Il s'accompagne de douleur et d'hypéresthésie de la muqueuse vulvaire. Ces spasmes et ses douleurs sont si intenses que tout rapprochement sexuel est le plus souvent impossible.

*
* *

Dans une affection comme celle que nous allons étudier les chapitres : étiologie et pathogénie, nous paraissent si étroitement liés que nous n'osons pas les séparer, d'autant que nous savons fort peu de choses sur les vraies causes du vaginisme.

Nous allons donc essayer d'exposer dans les pages qui vont suivre les idées actuelles, d'ailleurs encore hypothétiques, des causes probables de cette pénible affection dont le terme *essentiel* démontre notre ignorance au point de vue étiologique et pathogénique.

Le vaginisme est un syndrome de l'âge adulte, c'est donc entre 17 et 50 ans que l'on verra le plus de cas de contractures du vagin.

Les femmes atteintes de cette affection ont une constitution psychique et un fond mental particuliers,

on la rencontre souvent chez les *nerveuses*. C'est ce qui explique pourquoi la maladie s'observe plus souvent chez les femmes du monde, dont le système nerveux est assez impressionnable. L'irritabilité du système nerveux prédispose à la production de ce syndrome. En effet, les spasmes sont la caractéristique d'un tempérament irritable.

Comme nous l'avons vu par sa définition, le vaginisme est caractérisé par deux éléments: douleur et contracture du sphincter vulvaire. De ces deux éléments, c'est le premier qui provoque le second, car la contracture du sphincter ne constitue que l'exagération du réflexe de défense normal que toute femme présente à l'égard d'une visée sexuelle.

Si ce réflexe est déclenché par une hypéresthésie de la muqueuse vulvo-vaginale, on aura un réflexe sensitivo-moteur; par contre s'il est provoqué par des causes d'ordre psychique il s'agira d'un acte purement imaginatif.

En ce qui concerne la douleur, elle est habituellement provoquée par une lésion locale des organes génitaux ou extra-génitaux et est étiquetée par notre maître le Professeur BINET « Algie périphérique ».

Mais, cette lésion peut parfois ne pas exister, ou passer inaperçue, même à un examen très minutieux.

La douleur existe quand même et la malade l'accuse.

Comment l'expliquer?

Voici à ce propos ce que dit notre maître le Professeur BINET, dans son rapport au deuxième congrès de gynécologie sur la valeur du symptôme douleur en gynécologie:

« Par opposition aux algies périphériques qui accompagnent une sensation partie des organes génitaux, l'algie centrale ou douleur psychopathique semble purement imaginative et ne comporte, ni excitant externe, ni organe récepteur, ni conducteur.

L'image se projette accompagnée d'une impression douloureuse, sous des influences diverses: volonté, suggestion, association d'idées ».

C'est ce qui doit se passer, à notre avis, dans le vaginisme psychique vrai.

Le Professeur WALTHARD de Zurich, admet que le vaginisme peut être indépendant d'une lésion quelconque des organes génitaux externes.

Pour lui le vaginisme n'est pas un réflexe physiologique, mais un complexe des mouvements de défense déclenché par une phobie.

Le spasme de la musculature pelvienne peut être provoqué sans qu'on touche aux parties génitales. Les excitations auditives, visuelles et psychiques parviennent à l'écorce cérébrale et, de là, étant entrées ou non dans la conscience, sont transmises aux centres nerveux moteurs.

Voici l'explication qu'il donne du mécanisme du vaginisme:

« La contracture des releveurs et ses satellites agit sur le récepteur du système sensitif par un tonus tissulaire d'un haut potentiel, l'organe copulateur en éprouve une sensation douloureuse. Grâce aux actions associées des ondes excitatrices sympathico-toniques, de l'adrénalinémie sympathico-tonique sur les éléments musculaires lisses de l'appareil copulateur et

grâce à l'irritation mécanique des sphincters lisses par les sphincters striés, le potentiel du spasme des sphincters lisses devient plus élevé et d'une durée plus longue. La répercussion subjective de ce phénomène consiste en une douleur prolongée dans laquelle prend part aussi la sensibilité superficielle des organes génitaux. Ce spasme a pour conséquence l'abolition de sécrétion des glandes de Bartholin: la préparation à l'acte sexuel n'a pas lieu ».

Les phobies de toute nature peuvent donner naissance au vaginisme: la peur et, l'appréhension de la douleur, la crainte de devenir enceinte, les remords au moment du coït *extra matrimonium*.

FRIED, de Vienne, donne dans son livre *Der Vaginismus und die Ehen perverser Manner*; une étiologie assez curieuse du syndrome qui nous intéresse.

D'après lui, le vaginisme est un phénomène psychomoteur qui survient fréquemment chez les femmes mariées à des hommes pervers. Le coït rectal blesserait les sentiments de pudeur de la femme, la crainte de répétition de l'acte sexuel dénaturé déclancherait le réflexe. La cause du vaginisme d'après le même auteur, ne résiderait pas dans la constitution névropathique de la femme, mais uniquement dans la perversion de l'homme.

Très intéressant au point de vue psychologique est le vaginisme des femmes à la ménopause. La ménopause détermine des idées d'infériorité, la femme est portée à exagérer outre mesure l'importance de cet événement, parce que c'est la grande dégringolade de puissance: la ménopause produit, surtout, des effets

psychiques de diminution et les effets métaboliques de la ménopause ne fait que modifier ou renforcer l'action névropathique (ADLER cité par VIGNES).

Il ne faut pas oublier ces femmes qui ont du vaginisme irréductible avec leurs maris et qui n'en ont pas avec leurs amants. Ce phénomène a été signalé par plusieurs auteurs. On se rend bien compte que, dans ces cas, c'est bien un élément d'ordre mental qui entre en jeu. Inversement on rencontre des femmes qui n'ont pu avoir des relations sexuelles malgré quelques tentatives avant le mariage et qui une fois mariées, c'est-à-dire en situation régulière, ont une vie sexuelle normale (Observation I).

Le sentiment de pudeur peut être à l'origine d'un vaginisme, comme l'a d'autre part fort bien décrit notre éminent maître le Professeur BINET dans son ouvrage : « L'amour et l'émotion chez la femme » ; « La pudeur est une émotion choc de défense contre toute agression ou même contre toute visée sexuelle ».

Le Professeur FAURE, auquel nous empruntons le texte suivant est de même avis :

« La défloration est pour beaucoup de femmes, une épreuve pénible : insuffisamment préparées à cette initiation, elles n'en soupçonnent guère le caractère violent. Un sentiment naturel de pudeur, quelquefois des scrupules excessifs paralysent leurs désirs, encore assez vagues d'ailleurs. Physiquement et moralement blessées par cette prise de possession brutale, elles en gardent une impression qui, plus souvent qu'on ne le croit pèse sur toute leur vie conjugale. Aussi la répétition des mêmes douleurs, les mêmes répulsions, ne

tarde pas à exagérer chez elles l'instinct de défense, et à provoquer la contracture spasmodique qui donne lieu au vaginisme. Dans quelques cas la situation s'aggrave d'une résistance morale, due à ce que la jeune femme s'est résignée difficilement à un mariage contracté contre son gré : les désagréments du début lui sont encore plus pénibles et lui inspirent une véritable répugnance qui devient bientôt insurmontable.

Souvent d'ailleurs, une pudeur excessive, mal comprise empêche la femme de réclamer les soins qui devraient, dès ce moment, la soulager, et la résignation apparente avec laquelle elle supporte ses souffrances ne fait qu'aggraver le mal à tous les points de vue.

Les mêmes considérations s'appliquent aux divers états pathologiques qui peuvent être le point de départ du vaginisme : la répétition de la douleur, à chaque tentative de coït accroît la répulsion qu'ont provoqué les premiers essais. La malade appréhende de plus en plus tout retour offensif, qui sera pour elle une nouvelle cause de souffrance. Cette crainte devient une véritable obsession qui la poursuit même aux heures de calme, puis, se rendant compte des désirs de son mari ; elle se lamente de ne pouvoir les satisfaire, et s'en affecte d'autant plus qu'elle lui est plus sincèrement attachée. Elle se voit dans un avenir prochain délaissée, trahie, et sentant s'effondrer ses rêves de jeune fille, elle perd toute résistance morale et physique ».

Le mari a été très souvent mis en cause comme d'ailleurs nous le démontrent ces quelques lignes empruntées au Docteur ROBERGET :

« Peut-être les femmes qui sont atteintes de vaginisme y sont-elles prédisposées par un tempérament nerveux, mais il est certain que le rôle du mari est capital. S'il s'attachait à observer sa femme, à deviner ses moindres douleurs; s'il se rendait compte de son rôle d'initiateur, il apporterait certainement plus de douceur et de diplomatie dans les premières relations et bon nombre de cas de vaginisme seraient supprimés ».

Pour OLIVIER le vaginisme serait lié à l'existence d'une plexagie hypogastrique primitive au même titre que la dysménorrhée.

D'autre part, on peut observer le vaginisme chez plusieurs personnes de la même famille (BUDIN).

Nous rappellerons à titre de curiosité la théorie originale d'Adler, disciple dissident de S. FREUD, pour expliquer le vaginisme.

Pour FREUD, promoteur de la théorie pan-sexuelle, le psychisme est centré tout entier sur l'instinct sexuel; par contre, ADLER le centre sur l'instinct de la conservation personnelle.

En somme, d'après ADLER, la trame sexuelle, qui apparaît dans de nombreuses névroses peut-être interprétée comme un simple effet d'auto-défense : la femme se sent confusément inférieure et mal armée vis-à-vis de l'homme.

Cette idée d'infériorité peut provoquer parmi d'autres troubles un spasme.

Voilà comment l'explique ADLER :

Tout un groupe de tendance psychologiques et de psychonévroses se fondent sur la peur du partenaire.

Celle-ci se révèle par mille détours pour ne pas se soumettre à lui. Certaines jeunes filles se sont fait un idéal si restreint qu'il est impossible de le trouver réaliser et qu'elles échappent ainsi au partenaire. C'est en faisant naître le sentiment de culpabilité et en permettant de se passer de partenaire que la masturbation sert, dans la névrose, de moyen de défense contre le sexe opposé, certaines formes de frigidité, certaines perversions et inversions, le fait de se consacrer passionnément à une occupation, à un art, ont la même valeur symbolique; le fait de chercher le mariage avec un homme sans grande valeur, peu combatif, ne se fonderait pas sur la pitié, mais sur le plaisir de dominer une ruine; la jalousie mal motivée, accompagnée d'accès d'anxiété, est aussi un complexe d'auto-défense. Dans le même ordre d'idées, il faut classer certains spasmes, trismus, vaginisme, etc... : on « bouche le trou », ce qui est une idée de protestation... bien féminine contre les menées masculines. (ADLER cité par VIGNES.)

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

L'expression pathologique du vaginisme est caractérisée par deux éléments essentiels : 1° douleurs ou hyperesthésie exagérée des parties génitales, et 2° spasme ou contracture involontaire des muscles vaginaux et péri-vaginaux.

Douleur excessive au moment du coït et en rendant l'accomplissement impossible, voilà le principal, sinon l'unique symptôme accusé par les malades lorsqu'elles viennent consulter le médecin.

Elles la comparent à une sensation de brûlure, ou à une déchirure. Cette douleur est telle qu'elle arrache des cris; peut produire même un état syncopal et inspire à la femme une répugnance insurmontable à tous rapprochements sexuels.

Toute tentative de coït accroît de plus en plus cette douleur qui finit par devenir une véritable souffrance continue, permanente et qui s'exaspère même au moindre contact.

Ces crises ont une durée et une intensité très variables. Dans les formes les plus légères, elles persistent quinze à vingt minutes; souvent elles se prolongent

durant des heures. Elles sont produites à chaque tentative de rapprochement sexuel et il n'est pas rare de les voir même à chaque excitation sexuelle.

Très souvent les malades éprouvent, outre la douleur, un sentiment de constriction de la vulve et du vagin.

A l'examen direct des organes génitaux en position gynécologique, les malades donnent aussitôt des signes d'alarme et d'une agitation insurmontable.

Une sorte de terreur et d'anxiété incompréhensible se répand sur tous leurs traits. Le souvenir de leurs souffrances déjà éprouvées autrefois, ou par les tentatives de coït, les rendent craintives outre mesure devant toute exploration.

Ces mouvements de défense ne sont pas limités uniquement à la région génitale, mais ils s'étendent à tous les muscles du voisinage, le *custodes virginittis* se contracte comme pour défendre l'entrée du vagin et le *constrictor cuni* plus énergiquement que jamais.

La contracture n'est pas permanente, c'est-à-dire due à une action tonique exagérée, et qui donne à la fibre musculaire une tension permanente; elle est toute dynamique et provoquée par une action réflexe, ce qui veut dire que la contraction spasmodique se produit seulement et au moment même où l'on exerce une action traumatique sur la vulve.

Quand l'hypéresthésie siège à l'orifice génital externe, la contracture se manifeste sur le constricteur de la vulve. Inversement le spasme porte de préférence sur les releveurs de l'anus lorsque la sensibilité réside surtout au fond du vagin. De là, certains au-

teurs ont décrit un vaginisme vulvo-périnéal ou inférieur et un vaginisme supérieur. Mais le plus souvent, ces deux muscles se tétanisent d'une manière aussi intense, quel que soit le point de départ du réflexe, et avec eux les sphincters de la vessie, du rectum, ainsi que la plupart des muscles du périnée. Toutefois, il peut y avoir prédominance d'action d'un groupe musculaire et le plus souvent du groupe inférieur (BINET, VERNEUIL).

Il est inutile d'ajouter que l'introduction du doigt, pour pratiquer le toucher vaginal, n'est que rarement possible, et si, malgré les souffrances et les obstacles que nous venons d'indiquer, on arrive à franchir l'orifice vulvaire, on éprouvera une sensation de resserrement de constriction quelquefois considérable. Si l'on persiste dans cette sorte d'exploration, la résistance devient de plus en plus forte en causant à la femme de grandes douleurs qui peuvent d'ailleurs se prolonger longtemps après le toucher. Quand à l'introduction du spéculum, elle sera non seulement extrêmement pénible et douloureuse; mais presque toujours impossible et au risque de déterminer encore assez souvent une irritation nerveuse qui peut produire un état convulsif.

En général, la contracture est suffisante pour opposer un obstacle absolu au coït; mais lorsque cet acte est possible, on s'imagine très bien qu'une forte contracture puisse réaliser le syndrome du *pénis captivus*.

Dans tous les cas l'exploration la plus minutieuse et la plus complète de l'appareil génital et extra-

génital ne mettra en évidence aucune lésion. Et le plus souvent on se trouvera même en présence d'un hymen intact.

Encore assez fréquemment l'examen de l'hymen est-il très pénible et délicat. A ce propos nous reproduisons la technique suivante due au docteur E. DOUAY :

« Pour bien voir l'hymen, faire un toucher rectal et recourber le doigt en avant pour tendre l'hymen de dedans en dehors. Cette manœuvre permet également de faire l'expression du vagin et mettre en évidence les sécrétions purulentes ou autres qu'il peut contenir ».

Notre maître, le professeur BINET, conseille la technique suivante :

Les grandes lèvres sont écartées avec deux doigts, de préférence avec les deux pouces et on invite la femme à pousser. L'hymen bombe, se déplisse. On évalue approximativement le calibre de l'orifice hyménéal et la forme de la membrane.

On peut encore, après avoir fait pénétrer à travers l'orifice hyménéal une sonde béquille, la ramener en avant de façon à tendre la membrane. Ou mieux, on utilisera le dispositif décrit par KOEI-FRANGSUEN : un tube de caoutchouc souple, terminé par un renflement olivaire est introduit dans le vagin à travers l'orifice hyménéal. L'instrument est ensuite rempli d'air ou d'eau au moyen d'une seringue. Un robinet permet d'éviter la déperdition du gaz ou du liquide injecté sous faible pression ; en exerçant ensuite une

traction en avant sur l'instrument, l'olive distendue tend la membrane hyménéale et en permet l'examen.

Un interrogatoire discret de la malade sera d'une grande utilité ; il permettra de se rendre compte de son état d'esprit et de son attitude envers le conjoint.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS

Le vaginisme peut arriver à un tel degré d'intensité et de durée qu'il constitue une infirmité et devient la source de bien des désordres, tant au point de vue physique, qu'au point de vue moral.

Comme nous l'avons vu au chapitre symptomatologie, le coït étant impossible, la stérilité est la complication fonctionnelle la plus fréquente.

Nous voyons donc, que la cause de la stérilité dans le vaginisme réside purement dans l'obstacle mécanique à l'introduction du pénis et par suite du sperme dans la cavité vaginale. Cet obstacle est dû au spasme du sphincter et d'autres muscles du périnée qui obéissent, peut-être à la même cause, ou simplement par synergie, et contribuent tous, non seulement à arrêter le cours régulier du sperme, mais encore à le projeter au dehors.

Encore assez souvent l'émission spermatique n'est-elle que vestibulaire.

Certains auteurs ont signalé quelques cas de grossesse sans toutefois que le rapprochement sexuel complet soit possible. Mais ces cas ne sont qu'exceptionnels et la stérilité est la règle.

On comprend aisément, du reste, qu'une affection qui intéresse les organes génitaux et affecte péniblement le moral des malades, puisse avoir quelque influence sur le système nerveux. Beaucoup de femmes épuisées par des souffrances continuelles et obsédées par la crainte d'une maladie incurable, ne peuvent se résigner à un traitement efficace et perdent toute résistance physique et morale. Ces conditions favorisent singulièrement l'apparition des névroses.

Le plus souvent, il en résulte une dépression nerveuse, qui aboutit bientôt aux diverses variétés de la neurasthénie, caractérisée chez certaines de ces malades, par la généralisation et l'intensité des douleurs; chez d'autres on observe des phénomènes d'asthénie avec propension à l'immobilité, à l'inertie absolue; chez d'autres, enfin, dominant des préoccupations mélancoliques, les malades analysent leurs sensations, les amplifient et sont constamment à la recherche de symptômes nouveaux.

Ce dernier syndrome est sans doute une des terminaisons la plus fréquente du spasme vaginal. Les malades finissent en effet, par perdre toute espérance dans la guérison de leur mal, quand il dure déjà depuis longtemps. Le découragement, la tristesse sont légitimes dans ces cas.

A un degré plus accentué, et surtout chez des femmes prédisposées, on peut voir apparaître des véritables vésanies. Ce n'est pas le vaginisme et ses troubles fonctionnels qui créent la psychose : il lui fournit l'occasion de se manifester.

En vérité, les troubles nerveux que nous venons d'énumérer sont quelquefois portés à un tel degré, qu'une malade d'Hervez de Chégoin a fini par se suicider.

L'inquiétude, l'insomnie, l'inappétence, l'amaigrissement, sont encore assez souvent notés dans cette affection.

En somme le vaginisme, par ses complications, est une maladie funeste à l'organisme de la femme qui en est atteinte, et change rapidement en amertume tout le bonheur conjugal.

CHAPITRE VI

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Au cours de ce travail nous avons vu que le vaginisme s'observait surtout chez les femmes qui déburent dans la vie conjugale et chez celles qui, quoique mariées depuis longtemps, n'ont jamais subi le rapprochement sexuel complet.

La durée de ce syndrome est très variable, et tout à fait indéterminée suivant les cas et les malades.

C'est une affection essentiellement chronique; si, elle n'est pas traitée, elle peut persister pendant des années et même toute la vie.

Le vaginisme ne se termine presque jamais par la guérison spontanée, et peut devenir, comme nous l'avons déjà dit au chapitre complications, l'origine de désordres immenses : physiques et moraux.

Le pronostic *quod vitam* n'est pas grave, car le vaginisme ne fait courir à la malade aucun danger. Si la femme qui en est atteinte, vivait seule, elle n'en éprouverait aucune gêne sérieuse. Mais dans la vie conjugale elle est l'origine de la désunion qui survient dans beaucoup de ménages, car, aucune autre affection ne peut devenir, entre deux époux, la source de chagrins plus amers.

Il est évident que, la durée de la maladie, son intensité, les diverses complications qui peuvent si souvent, l'accompagner, rendront son pronostic plus sérieux et la guérison plus incertaine.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Faire le diagnostic étiologique d'un état morbide, c'est un point essentiel en pathologie gynécologique, car de lui en dépend l'institution d'une thérapeutique rationnelle et efficace.

Or, ce n'est pas toujours chose aisée. Des lésions infimes peuvent passer inaperçues, même aux explorations les plus minutieuses, faussant ainsi, non seulement le diagnostic mais encore le traitement à appliquer.

Dans tout syndrome, une fois le diagnostic posé, il faudra également, en préciser la cause, faire un diagnostic causal.

Dans le vaginisme, chercher la cause ce n'est pas toujours facile, car, comme nous l'avons déjà montré au chapitre étiologie et pathogénie, cette question n'est pas encore mise au point.

En général, le médecin, sera obligé de procéder par élimination, et lorsqu'il ne trouvera pas de lésions génitales ou extra-génitales susceptibles d'expliquer les troubles que nous avons décrit, il pensera au vaginisme névropathique. Il faudra chercher l'origine de ces désordres dans une perturbation psychique qui

remonte souvent aux premiers rapprochements sexuels.

La sensibilité excessive de la muqueuse vulvaire et le spasme constituent les symptômes pathognomoniques du vaginisme et forment la base du diagnostic.

Donc il peut y avoir douleur, hypéresthésie de la vulve, sans spasme du *constrictor cuni*, sans vaginisme; mais il n'y a pas de vaginisme, de spasme vulvaire sans douleur.

Dans le vaginisme dit essentiel l'appareil génital de la femme est comme nous l'avons vu indemne de toute lésion apparente; par contre dans le vaginisme symptomatique on trouvera plus ou moins facilement la cause de la contracture et de spasme dans les innombrables lésions dont est le siège l'arbre génital : eczémas, herpès, déchirures incomplètes de l'hymen, etc...

On ne pourrait, en réalité, confondre la contracture du vaginisme qu'avec l'atrésie vulvo-vaginale ou avec l'imperforation de l'hymen. Dans la première de ces affections, la douleur au toucher est presque insignifiante, les renseignements sur le début de la maladie et un examen de visu décèlerait tous les caractères de l'hymen imperforé ou d'une atrésie congénitale ou cicatricielle. Dans ces cas l'anesthésie sera d'une grande utilité. Elle supprimera en même temps la douleur et le spasme, tandis que dans l'atrésie et dans l'imperforation de l'hymen, l'obstacle subsiste même après anesthésie.

Assez souvent on prend pour du vaginisme les simples dysparéunies. Or, ce dernier syndrome est caractérisé uniquement par la simple difficulté du coït occa-

sionnée par de la vulvite, vaginite ou autres lésions du vagin, de l'utérus ou des annexes. Le rapprochement sexuel est en vérité, pénible, douloureux, mais il est toujours possible.

Les dysparéunies ne se révèlent d'une manière accentuée que sous l'influence de la douleur provoquée par le traumatisme local.

La névralgie vulvaire pourrait être confondue facilement avec le vaginisme, si on ne tenait compte que de l'élément douleur. Mais la douleur névralgique présente un caractère intermittent, revenant par accès, se répétant parfois à des intervalles assez rapprochés, avec intervalles de rémission complète.

Cette douleur présente, dans la névralgie vulvaire, de nombreuses irradiations, et, encore assez souvent, elle est si superficielle, qu'il suffit de promener le doigt sur le point affecté, ou sur les poils qui couvrent la face externe des grandes lèvres, pour causer de vives souffrances. Dans le vaginisme, au contraire, la douleur ne survient pas par accès plus ou moins éloignés; elles ne revêt pas la forme intermittente et elle ne se présente pas spontanément. Cette douleur est surtout provoquée, et fait très important, c'est qu'elle est renforcée toujours par celle du spasme musculaire lui-même : le constricteur vaginal est en effet dans un état de spasme douloureux, de tension pénible et difficile à vaincre; circonstance qui ne se trouve pas dans la névralgie simple de la vulve.

Le vaginisme ne saurait être confondu avec la simple hypéresthésie vulvaire consécutive aux premiers rapports conjugaux. Il y a ici une différence capitale

à établir : tandis que, dans l'hypéresthésie consécutive aux premiers coïts, la répétition fréquente de l'acte conjugal amène rapidement la tolérance, dans le vaginisme, par contre, les efforts les plus modérés ne font qu'irriter l'organe génital de la femme et augmenter la douleur.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

De nombreux procédés thérapeutiques, tant médicaux que chirurgicaux, ont été préconisés, prouvant la difficulté du traitement.

Les diverses méthodes de traitement proposées comptent, en effet, à leur actif des succès et des insuccès.

Nous allons les exposer avec les commentaires nécessaires, en allant des plus simples au plus complexes.

I. — PROCÉDÉS MÉDICAUX

Comme nous l'avons vu au cours de ce travail, le système nerveux peut prendre une part prépondérante à la constitution du vaginisme; donc il est facile de comprendre que la première prescription qui est d'ailleurs bien simple, mais parfois difficile à obtenir, c'est de supprimer pendant tout le temps nécessaire toute cause d'excitation sexuelle. On recommandera aux malades un repos physique et moral aussi complet que possible.

Il est évident que le médecin ne pourra obtenir de bons résultats s'il ne peut compter sur l'étroite colla-

boration de la femme, qui aura le désir de guérir, et du mari qui aura la patience de la laisser guérir.

Chez les grandes névropathes on prescrira l'isolement complet et une médication calmante surtout composée d'antispasmodiques : bromures alcalins, valériane, etc...

Le traitement local est dans la majorité des cas insuffisant. On prescrira quand même :

a) Des bains de siège répétés avec du borate de soude en raison de quinze à vingt grammes par litre, ou avec des décoctions de têtes de pavots ;

b) Des onctions avec du cold-cream parfaitement frais, pur ou mélangé de 1/20 de chlorhydrate de cocaïne, ou avec du baume tranquille, ou enfin avec des pommades stovaino ou cocaïno-boriquée à 1 %.

On interdira, dans tous les cas, les injections vaginales, l'introduction d'une cannule pouvant réveiller une crise de contracture.

II. — PROCÉDÉS CHIRURGICAUX

Dans tous les cas où les procédés médicaux, que nous venons d'indiquer, se montreront insuffisants, on sera obligé de recourir aux moyens chirurgicaux dont les résultats tout en étant plus sûrs ne sont pas infailibles.

A) *Interventions non sanglantes*

a) *Dilatation progressive.* — Nombre d'auteurs, parmi lesquels BUDIN, se montrent fervents défenseurs de la dilatation progressive.

La technique est, en vérité, des plus simples; elle ne demande de la part du médecin que de la persévérance et beaucoup de douceur.

Voici quelques procédés :

1° Après avoir mis en confiance la patiente et lui avoir fait comprendre que le traitement était anodin et indolore, on enduit avec de la vaseline cocaïnée à 1 pour 25, la vulve et autant que possible l'orifice vaginal. Après 10 à 15 minutes la sensibilité des organes génitaux est notablement atténuée: on commence ensuite la dilatation, dont voici la technique :

On introduit doucement l'index dans l'orifice vulvaire, tout en conversant avec le malade et en lui assurant qu'on ne lui fera pas de mal; bientôt l'index pénètre tout entier, jusqu'à sa base, puis on le retire et on introduit simultanément l'index et le médius, en s'avancant doucement, progressivement. Après quelques séances on pratiquera cette dilatation sans anesthésie locale et quelques jours plus tard on permettra la cohabitation qui achèvera physiologiquement le traitement;

2° Certains auteurs au lieu de se servir des doigts pour faire la dilatation, emploient des tiges métalliques de Hégar, qui ont été plongées dans de l'eau tiède pendant quelques minutes;

3° On peut obtenir, également, une dilatation continue et graduelle avec des mèches.

Les mèches de charpie, enduites surtout, de pommade belladonnée, ont été le plus souvent employées pour triompher de la douleur et du spasme vaginal, et, dans quelques circonstances elles ont suffi.

On commence par une mèche d'un très petit volume qu'on augmente progressivement jusqu'à une dilatation du vagin suffisante pour permettre l'acte conjugal, la douleur devant disparaître en même temps. Il arrive que ces mèches sont difficilement supportées au début par les malades ; les douleurs sont même parfois atroces et les patientes enlèvent leurs mèches presque immédiatement. Dans ces cas, on en diminue le volume et on conseille à la malade de les garder au moins quelques heures tous les jours.

Ces mèches à part l'effet mécanique de tampon qu'elles produisent sur le constricteur de la vulve, agissent par la belladone dont elles sont imbibées.

En effet, la belladone agit comme un vaso-constricteur local (WARTHON JONES cité par VISCA) et comme analgésique de la muqueuse vulvo-vaginale. Enfin elle paralyse les extrémités motrices des nerfs de relation. De là la résolution des muscles.

Les procédés que nous venons d'indiquer ne nous paraissent applicables que dans les seuls cas où l'hypéresthésie et la contracture spasmodique du constricteur vaginal ne sont pas trop prononcées et lorsque la malade vient consulter dès le début de l'affection.

b) *Dilatation brusque.* — Cette méthode compte un grand nombre de succès dans le traitement du vaginisme. C'est à cette dilatation forcée, sans conteste, qu'il faut recourir, avant de songer à une opération sanglante.

L'anesthésie est nécessaire car ce procédé est très douloureux.

A ce propos, nous pensons que le choix de l'anesthésie n'est pas chose négligeable vu les dangers que peuvent présenter certains anesthésiques. En effet, l'anesthésie générale au chloroforme ou mélange de Schleich est à rejeter dans ce genre d'interventions, pouvant produire une syncope réflexe (Observation II), parfois très grave sinon mortelle. Par contre, l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, par sa courte durée et par sa moindre toxicité, est beaucoup plus recommandable.

L'anesthésie épidurale à la novocaïne ou à un produit similaire, telle qu'elle est pratiquée par notre maître, le professeur BINET, est la plus indiquée dans la dilatation brusque. Elle ne présente pas les inconvénients des autres anesthésies et s'il n'y a pas de fautes de technique on obtient une anesthésie parfaite de la région vulvo-périnéo-anale et de la moitié, inférieure du vagin.

Une fois que l'anesthésie est obtenue, on introduit dans l'ouverture vaginale un spéculum de Cusco qu'on ouvre ensuite au maximum. On le laisse en place une à deux minutes et on le sort en le laissant ouvert. On met aussitôt après une mèche et on attend la guérison.

On peut pratiquer cette dilatation avec les doigts comme pour la fissure de l'anus.

On introduit dans l'anneau vulvaire un doigt de chaque main, de préférence les deux pouces ; on arrive ainsi dans le vagin, et alors, en recourbant les doigts en crochet, on tire en sens inverse et transversalement l'anneau vulvo-vaginal qu'on distend facilement.

Notre maître, le professeur BINET, conseille la technique suivante :

1° Dilatation, sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle ou anesthésie épidurale, du sphincter vulvaire au moyen d'un spéculum de Cusco dans le sens horizontal et vertical;

2° Dilatation de l'orifice anal avec le spéculum de Trélat.

« Car, dit notre maître, à mon avis, pour triompher du spasme du releveur, il est toujours utile d'adjoindre à la dilatation de la vulve celle de l'anus, cette thérapeutique me donne habituellement des succès ». (L'examen parthénologique. *Le documentaire médical*, Paris, octobre 1935.)

Le docteur DOUAY, dans une lettre qu'il adresse à notre maître le professeur BINET, dont nous reproduisons un passage, conseille la technique suivante :

« Lorsqu'on veut pénétrer de dehors en dedans le spasme augmente et la contracture des releveurs empêche toute pénétration. Au contraire le mouvement inverse est possible, il faut pratiquer une dilatation de dedans en dehors et non de dehors en dedans.

« Voici la technique: Un petit spéculum est introduit, avec ou sans anesthésie de l'orifice hyménéal. puis ouvert de façon que l'écartement des branches à l'extrémité soit un peu supérieur à l'orifice vulvaire, cette ouverture est fixée par la vis. La patiente étant prévenue qu'elle ne sentira presque rien, le spéculum est retiré ouvert d'un geste très rapide. Les releveurs surpris se sont laissés vaincre et l'orifice hymé-

néal s'est déchiré latéralement, comme il convient avec la petite perte de sang habituelle.

« On peut maintenant placer un spéculum ordinaire et recommencer la dilatation de la même façon, ou attendre quelques jours plus tard pour recommencer l'épreuve. En général le résultat est obtenu en quelques séances.

« Huit jours plus tard on constatera la cicatrisation et par le toucher la bonne ouverture du vagin et on permettra les rapports sexuels qui, en général, seront possible sans nouvelle dilatation ».

B) *Interventions sanglantes*

Si les moyens thérapeutiques que nous avons décrit échouent il sera nécessaire alors, de recourir aux interventions sanglantes. Mais quelques-unes de ces opérations sont abandonnées par nombre de praticiens. Toutefois nous en exposerons la technique à titre documentaire.

a) *L'incision de la membrane hyménéale et de la muqueuse vaginale.* — Cette intervention fut faite surtout par MICHON qui a obtenu quelques résultats satisfaisants.

Sous anesthésie générale on pratique avec un bistouri boutonné deux ou trois débridements sur l'hymen persistant en s'avancant jusqu'au sphincter vaginal sans toutefois l'atteindre. Si la membrane hyménéale n'existe plus, on pratiquera seulement quelques incisions superficielles, mais multiples, sur la muqueuse du vagin. Une mèche enduite de pommade

belladonée est introduite dans le vagin et quelques compresses d'eau fraîche sont appliquées sur la vulve. Ces pansements sont changés tous les jours en augmentant le volume des mèches.

b) *Opération de Sims.* — Cette intervention fut pratiquée en France beaucoup avant SIMS, par HUGIER. L'auteur américain ajouta cependant à la section unique du sphincter vaginal, des opérations complémentaires.

Ce procédé comprend trois temps opératoires :

1° L'extirpation de l'hymen ou des vestiges de cette membrane;

2° La division des fibres du sphincter vaginal;

3° La dilatation consécutive.

L'hymen est enlevé le plus complètement possible, ensuite on introduit dans le vagin l'index et le médius de la main gauche; on les écarte de manière à ouvrir le vagin le plus possible; on fait aussitôt avec un bistouri une incision profonde dans le tissu vaginal, d'un côté de la ligne médiane, la dirigeant du haut en bas et la terminant au raphé du périnée. Cette incision forme le côté d'un Y. On en fait autant du côté opposé, en réunissant les deux incisions auprès du raphé et en les prolongeant jusqu'au tégument du périnée. Enfin, on introduit immédiatement dans le vagin un dilatateur en métal ou en verre. Les malades doivent le garder quelques heures, tous les jours, pendant deux ou trois semaines jusqu'à ce que les parties soient complètement guéries et que toute sensibilité ait disparue. (D'après VISCA.)

c) *Traitement chirurgical autoplastique du vaginisme. Technique de M. le professeur Frælich.* — Cette intervention fut imaginée en 1892, par notre maître le professeur FRÆLICH, qui communique la technique à la Société de Médecine de Nancy, en Mai 1894.

Cette opération a pour but l'élargissement de l'orifice vulvo-vaginal.

On pratique deux incisions antéro-postérieures, longues chacune de cinq centimètres, sur la paroi postérieure du vagin à droite et à gauche de cette paroi. On introduit ensuite dans le vagin un spéculum de Sims que l'on ouvre à l'extrême. A la suite de cette dilatation les deux plaies linéaires antéro-postérieures se transforment en deux plaies losangiques à grand diamètre transversal.

Par dissection on mobilise les lèvres postérieures d'avec le tissu sous-jacent et on les suture chacune à la lèvre antérieure correspondante.

Il est facile à comprendre que les deux plaies linéaires qui primitivement avaient une direction antéro-postérieure se trouvent ainsi transformées en deux plaies linéaires transversales, et, que par la suite l'entrée du vagin est notablement agrandie.

d) *Débridement et éversion de la muqueuse vaginale. Technique de Pozzi.* — En 1894, le docteur POZZI communique au XI^e Congrès des Sciences Médicales de Rome, un nouveau procédé opératoire pour le traitement chirurgical du vaginisme.

Or, comme nous allons le voir dans un instant, la technique décrite par le docteur POZZI se rapproche

de celle que pratiqua notre maître le professeur FROELICH en août 1892 dans le service du professeur HEYDENREICH.

Cette intervention se compose de quatre temps opératoires :

1° Incision perpendiculaire à la marge de la vulve, à l'union de la fourchette et des petites lèvres;

2° Ecartement des bords de l'incision après la section;

3° Ecartement des bords de l'incision après dissection et libération sous-cutanée;

4° Suture de l'incision ramenée à une ligne parallèle à la marge de la vulve.

Voici la technique telle qu'elle a été conçue par POZZI :

La malade étant anesthésiée, on fait d'abord l'excision de l'hymen avec des ciseaux, puis la dilatation forcée de la vulve avec les doigts.

Ensuite, on pratique à droite et à gauche une incision latérale à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de trois à quatre centimètres, dépasse un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et forme avec elle une croix. Elle met à nu les fibres du constricteur vaginal et divise leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de deux à trois millimètres. On dissèque, aussitôt après, les lèvres de la plaie de façon à produire leur écartement et on donne de la sorte peu à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire.

On réunit, alors, la plaie opératoire, de manière à obtenir une ligne de suture qui croise perpendiculairement la direction de l'incision primitive et qui se trouve reportée en dehors du point qu'occupait l'insertion de l'hymen marquant l'orifice primitif de la vulve.

Comme on le voit la suture attire la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision qu'on a faite au commencement de l'opération.

Il résulte, de la description que nous venons de faire, qu'on fait ainsi de chaque côté de la vulve une sorte de débridement sagittal suivi de suture transversale.

On obtient de la sorte un agrandissement de la vulve et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice de manière à soustraire aux frottements du coït la zone d'où partaient les actions réflexes.

e) *Anesthésie du nerf honteux interne.* — L'anesthésie du nerf honteux interne, obtenu par l'injection d'une solution cocaïnique au pourtour du tronc nerveux, à son entrée dans la fosse ischio-rectale, avait été préconisé par B.-W. MULLER, en 1908. Elle a été appliquée depuis en gynécologie par W. ILMER, de Klagenfurt et par H. SELLHEIM, de Tubingue, fixant la technique, les avantages et les indications du procédé.

La technique de MULLER est plus simple, mais peu recommandable. Nous la donnons à titre documentaire, réservant pour la technique de ILMER-SELLHEIM une description plus ample.

Pour MULLER la piqûre sera faite en dedans de la tubérosité de l'ischion, sur une ligne transversale, passant par l'anus, à trois travers de doigts en dedans de celui-ci. L'aiguille doit être enfoncée jusqu'au petit trou sciatique.

Une critique, qu'on peut faire à ce procédé c'est qu'à la sortie du petit trou sciatique le tronc nerveux est indivis, et en ce point il est intimement accolé aux vaisseaux du même nom, qui pourrait aisément être intéressés.

Dans la technique de ILMER-SELLHEIM, ces inconvénients sont écartés.

Voici la technique :

Avec un doigt introduit dans le vagin, on reconnaît l'épine sciatique; elle sert de premier repère. On mènera au devant et un peu en dehors de cette épine, l'aiguille qui pénétrera directement dans la direction du tronc nerveux.

On procède ensuite à l'injection de la façon suivante : l'extrémité du pouce est appliquée sur le côté de l'anus à la face interne de l'ischion, au point d'entrée, le médius, dans le vagin, marque l'épine sciatique; l'index suit l'aiguille et en surveille la pénétration dans le bon sens. Il faut aller profondément, et se servir d'une forte aiguille de cinq centimètres de long.

Aussitôt l'aiguille en place on injecte à droite et à gauche, dans la région du nerf, un centimètre-cube de la solution cocaïnique à 5 % et cinq à six centimètres-cubes de solution salée physiologique stérilisée.

Comme on le voit, on agit, de fait, sur le faisceau des branches de division du nerf et non pas sur le

tronc nerveux lui-même, en réalisant ainsi une infiltration péri-neurale sur une étendue plus large.

f) *Section du nerf honteux interne.* — Cette opération fut préconisée et pratiquée pour la première fois par SIMPSON. Mais c'est ROCHET, en 1899, qui régla la technique de découverte du nerf. En 1902, TAVEL modifia légèrement la technique de ROCHET.

L'interruption de l'arc réflexe peut améliorer le vaginisme ou insensibiliser le territoire auquel se rendent les filets nerveux.

Cette intervention n'est pas spéciale au traitement du vaginisme psychique, car on l'emploie également dans le prurit vulvaire, les cystalgies ou les douleurs spasmodiques du périnée chez les urinaires.

La technique est, en principe, assez simple, mais la découverte du nerf est parfois très délicate.

On incise la peau sur une longueur de huit à dix centimètres au milieu de l'espace qui sépare la tubérosité de l'ischion de l'anus. La direction de cette incision est sagittale et la ligne inter-ischiatique qui passe par l'orifice anal la partage en deux moitiés égales.

Après avoir traversé la peau et le tissu graisseux sous-cutané, on ira droit en dehors et en arrière contre la face interne de l'ischion; ainsi on ne risque pas de léser le nerf hémorroïdal inférieur qu'il faut en tout cas conserver intact. On ouvre ensuite le fascia interne du canal d'Alcock et on isole les nerfs de l'artère honteuse et de la veine satellites.

On attire aussitôt les nerfs dans la plaie en les chargeant sur une sonde à goître de Kocher, et on

procède à la détermination exacte des branches nerveuses qu'on a ainsi dégagées.

Ces branches sont les unes motrices, les autres sensitives.

Pour la détermination des branches motrices, on irriterait les rameaux nerveux en les faisant glisser avec un instrument obtus sur la sonde qui les charge. On verrait immédiatement des contractions se produire dans les différents muscles qu'ils énervent ; on laisserait de côté la branche anale antérieure qu'il faudra éviter de sectionner. Les filets nerveux qui ne déterminent pas de contractions musculaires sont sensitifs.

En tirant sur le nerf, on verra la peau de l'endroit où il aboutit se déprimer, de telle sorte qu'on saura exactement si on aura affaire à la branche labiale, vestibulaire ou périnéale superficielle.

On sectionne ensuite les différentes branches, ainsi déterminées, sur une étendue de deux à trois centimètres.

On peut également employer le procédé de Thiersch, l'arrachement du nerf.

On constitue ensuite les différents plans aponévrotiques et musculaires.

La technique que nous venons de décrire est celle de TAVEL : c'est le procédé de résection multiple isolée.

Dans le procédé de ROCHET l'incision de la peau est oblique, donnant ainsi trop peu de place pour la détermination des différentes branches nerveuses, et la résection se fait en masse.

g) *Sympathectomie du nerf présacré ou opération de Cotte.* — Cette opération a donné quelques beaux résultats entre les mains de LERICHE, de HALLOPEAU et surtout de COTTE, qui ont mis au point la technique d'après les intéressants travaux de recherches anatomiques sur le nerf présacré, faites par LATARGET et ROSLET.

Nous empruntons la technique de cette intervention à notre maître le professeur BINET : (La gynécologie indispensable) :

« Après l'ouverture du ventre, incision verticale du péritoine pariétal postérieur, depuis le promontoire jusqu'à la bifurcation de l'aorte.

« La face profonde du péritoine est disséquée avec soin, car de nombreux filets nerveux y sont accoîés.

« Tout le tissu cellulaire compris entre la bifurcation de l'aorte et le promontoire est réséqué en bloc sur une hauteur de trois à quatre centimètres. On peut soulever cette lame celluleuse avec un passe-fil. Parfois, un cordon nerveux se dessine vers le promontoire et se bifurque vers les deux artères hypogastriques. Le plexus hypogastrique affecte alors le type nerf présacré, type d'ailleurs inconstant.

« Deux écueils à éviter : la veine iliaque primitive gauche et les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs.

« Fermeture du péritoine par un surjet au catgut n° 0.

« Fermeture du ventre en trois plans de suture sans drainage ».

Mais les malades se soumettent moins volontiers à cette intervention qui nécessite une laparotomie médiane sous-ombilicale.

En résumé les interventions sanglantes que nous venons de décrire, doivent être pratiquées en dernier ressort et les résultats obtenus sont discutables, comme d'ailleurs le dit fort bien le professeur J.-L. FAURE :

« Il faut bien reconnaître que malgré les perfectionnements de la technique et l'habileté des opérateurs, les interventions sanglantes échouent souvent en raison de la part prédominante qu'a prise le système nerveux dans le syndrome du vaginisme ».

III. — PHYSIOTHÉRAPIE

A) *Electrothérapie*

Le traitement électrique a pris depuis quelque temps une grande importance en gynécologie. Aussi les auteurs se sont-ils efforcés à en appliquer les différentes formes.

Les résultats sont discutables, car si la sédation est fréquente, les résultats définitifs, les guérisons durables sont naturellement plus rares.

a) *Courants galvaniques*. — Les sources médicales de courant galvanique sont obtenues, soit par un appareillage à courant continu : piles ou accumulateurs, groupés en batteries de 12 à 24 éléments montés en tension; soit en redressant un courant alternatif à l'aide d'une valve, filtre, condensateur ou d'un self.

On place sur l'abdomen de la malade une électrode indifférente de grande dimensions, constituée par une plaque métallique recouverte d'une épaisse couche de

feutre ou de coton hydrophile imbibé d'eau et recouvrant presque tout le ventre.

On introduit ensuite dans le vagin une électrode active remplie d'eau ne contenant que des ions indifférents. On fait passer aussitôt des ondes étalées.

D'après ZIMMERN l'action serait plus intense si l'électrode vaginale est reliée au pôle positif.

Le nombre des séances varie entre 20, 30 et plus suivant le résultat obtenu, la durée d'une de ces séances allant jusqu'à une demi-heure.

b) *Faradisation bipolaire*. — Les effets de la faradisation sont essentiellement variables suivant le rythme d'interruption du courant et suivant le voltage.

Dans le premier cas on obtient des effets sur la motricité; dans le second aux effets moteurs s'ajoute une action profonde sur la sensibilité.

Si les interruptions sont très rapides, il y a fusion des secousses et le muscle n'a pas le temps de se décontracter. Or, ce tétanos physiologique est parfois avantageux à utiliser pour obtenir un épuisement momentané du tissu musculaire. C'est justement ce qui se passe dans la faradisation tétanisante.

En utilisant un courant de tension, au moyen d'une bobine induite à fil fin, le voltage est très élevé et on obtient par la suite un épuisement complet de la sensibilité.

Dans le vaginisme, il faudra donc, se servir d'un courant faradique tétanisant de tension, dont nous donnons la technique.

On place dans le vagin une électrode d'Apostoli qu'on relie à la bobine à fil fin d'un appareil faradique à trembleur rapide. On fait passer ensuite le maximum d'intensité tolérable, de temps à autre, au fur et à mesure que le passage du courant amène une analgésie, on augmente l'intensité.

LAQUERRIÈRE prétend avoir obtenu des bons résultats avec les courants faradiques.

B) *Haute fréquence*

L'action thérapeutique des courants de haute fréquence est utilisée en gynécologie sous forme de diathermie et d'effluation.

a) *Diathermie*. — On introduit dans le vagin une électrode de RENAUD, modèle virginal, ou une bougie de HÉGAR, en commençant par les plus petits numéros de la filière: on relie cette électrode au pôle actif d'un appareil de diathermie; on place sous les fesses de la malade, mises à nues, et sur le bas-ventre deux plaques branchées sur le même fil, reliées au pôle inactif. On fait passer aussitôt un courant dont l'intensité peut aller jusqu'à trois cents milliampèremètres.

Les séances seront quotidiennes et d'une durée variant entre dix minutes et une demi-heure.

En moyenne il faudra pour obtenir un résultat plus ou moins bon, douze à quinze séances.

b) *Effluation*. — On met la malade en position gynécologique. On introduit ensuite l'extrémité d'une électrode conique de Doumer, en verre avec manchon

isolant en ébonite. On fait passer pendant dix minutes une effluve de courants de haute fréquence. Au fur et à mesure que le spasme rétrocede on enfonce l'électrode en lui imprimant des mouvements de vrille.

Le nombre des séances est variable suivant les cas et peuvent souvent aller jusqu'à quinze et vingt. En général, elles seront, si possible, quotidiennes et, après chaque séance, on badigeonnera le vagin avec une solution d'acide picrique qui possède des propriétés kératinisantes et analgésiantes.

Les courants de haute fréquence agissent surtout sur l'élément douleur du vaginisme.

C) *Emanothérapie*

Cette méthode a fait son apparition en thérapeutique voici trente ans, quand THOMSON, mis en évidence l'émanation radioactive dans les eaux thermales. Depuis, nombre d'auteurs ont étudié l'action des sels radioactifs sur l'organisme humain et surtout dans certaines affections. Mais, c'est Georges VAUGEOIS, qui réalisa le premier un sel émanogène solide, mettant ainsi les bases de l'émanothérapie artificielle et ses moyens d'application dans certains états pathologiques.

En gynécologie on se sert surtout des émanations du Radium et du Thorium, correspondant respectivement au Radon et au Thoron, qui ont une action sédative, analgésique et hypnotique.

Dans le vaginisme névropathique nous distinguons trois procédés thérapeutiques, dont nous décrivons la technique :

a) *Pulvérisation* de liquides activés en Radon et en Thoron par un pulvérisateur quelconque et de préférence par l'atomiseur radioactif «Sadera». Cet appareil se compose : a) d'un récipient d'une contenance de cinq cents centimètres cubes ; b) d'un couvercle s'adaptant au récipient d'une façon étanche et supportant un dispositif à trois robinets. L'un de ces robinets est à trois voies et comporte : un embout sur lequel peut être fixé un générateur de Radon, et une branche latérale qui supporte une poignée d'accrochage creuse dans laquelle est inclus un générateur de Thoron.

La poignée se termine par une partie amincie que l'on raccorde à une soufflerie type Richardson.

Les deux autres robinets servent pour le passage de l'air et du liquide qui sont atomisés par une canule, sous forme d'un brouillard très fin.

Pour pratiquer le traitement on met la malade en position gynécologique et on pulvérise le liquide radio-activé sur la vulve, l'orifice vaginal et si possible dans le vagin avec ou sans spéculum.

Les séances ont une durée de dix minutes et doivent être pratiquées tous les jours pendant vingt à trente jours, suivant les résultats obtenus.

b) *Insufflations rectales*. — On se sert généralement d'une soufflerie qui utilise soit l'air ordinaire, soit l'oxygène contenu dans un ballonnet. Cette soufflerie est reliée à un compteur-filtre (robinet à pointeau gradué et filtre renfermant un tampon de coton hydrophile) qui est branché sur un générateur soit de Radon, soit de Thoron, soit quelquefois les deux en-

semble, enfin le tout est relié à une sonde (D'après le Docteur GASQUET).

On introduit ensuite la sonde dans le rectum de la malade et on actionne la soufflerie qui entraîne en traversant les tubes émanogènes, les émanations accumulées. Le temps de passage est utile à connaître pour déterminer la quantité d'émanations insufflées, ceci est facile à déterminer, grâce au compteur-filtre.

En moyenne, il faudra quinze, vingt séances journalières pour obtenir un bon résultat, qui encore assez souvent est très discutable. Les séances dureront en général de cinq à dix minutes.

c) *Injection de Radon dans les releveurs de l'anus.*

— On se sert d'une seringue très étanche qui prélève par aspirations le Radon accumulé dans une chambre émanogène sous un volume d'environ deux centimètres cubes, à une dose allant de cent à deux cents millimicrocuries.

La technique est simple, mais légèrement douloureuse.

La malade étant en position gynécologique, on introduit l'index de la main gauche dans le vagin et en le recourbant en arrière on accroche le releveur gauche. On pique ensuite avec une aiguille sur la face interne de la grande lèvre; on enfonce aussitôt l'aiguille jusque, dans le releveur, le trajet étant guidé par l'index introduit dans la cavité vaginale. On ouvre ensuite le robinet et on pousse lentement le piston. L'index qui se trouve dans le vagin perçoit aussitôt le gaz qui distend le muscle. On pratique ensuite, sans

retirer l'index de la cavité vaginale, la même opération dans le releveur droit.

Les séances seront quotidiennes pendant cinq, six jours, ensuite, elles seront tous les deux jours, pendant un mois environ, ou suivant les résultats qu'on obtiendra.

D'après notre collègue et ami le Docteur Maurice BODY, les résultats sont sinon tout à fait satisfaisants du moins, très encourageants. Il a obtenu une sédation rapide de la douleur, mais la contracture persista à un degré très atténué. (L'émanothérapie artificielle. Ses indications en gynécologie. Thèse de Nancy, 1935).

Nous-même, nous avons eu l'occasion de traiter à la clinique du Professeur BINET, un certain nombre de cas de vaginisme symptomatique, par les différentes méthodes que nous avons décrit, et nous avons obtenu des résultats remarquables.

Malheureusement, nous ne pouvons pas donner une opinion sur les résultats obtenus, dans le vaginisme névropathique, n'ayant jamais eu l'occasion de traiter par ces procédés des malades atteintes de cette affection.

V. — PSYCHOTHÉRAPIE

Comme nous l'avons déjà dit au chapitre historique, c'est WALTHARD qui le premier attira l'attention sur le côté psychique du vaginisme et c'est encore lui qui proposa et appliqua un traitement psychothérapique à cette affection.

Dans ce procédé, on doit opposer une thérapeutique psychique, aux troubles de nature névropathique; faire en quelque sorte un traitement moral.

C'est donc, avec la persuasion, la suggestion, la distraction qu'on cherchera, à détruire chez notre malade l'idée pathogénique et la remplacer par l'idée contraire.

Il est facile à comprendre que ce procédé n'est qu'adjuvant d'un traitement adéquat beaucoup plus efficace.

V. — PROCÉDÉS PSYCHO-PHYSIQUES

a) *Procédé de Walthard.* — Cette méthode de traitement est basé sur le phénomène physiologique suivant, démontré par DESCARTES, Charles BELL, E. HERNIG et SHERINGTON : *quand un groupe musculaire synergique entre en action, les muscles antagonistes perdent leur tonus.*

WALTARD remarqua, que lorsqu'on fait contracter les muscles de la sangle abdominale, on provoque une parésie de la musculature pelvienne.

Il applique, donc, ce principe pour traiter le vaginisme psychique et conseille la technique suivante :

On invite la malade de contracter sa sangle abdominale et en même temps on introduit dans le vagin un dilateur qui ne rencontrera aucune résistance et ne produira pas de douleur. Dans les séances ultérieures on recommencera la même manœuvre en introduisant des dilateurs de plus gros calibres.

La malade elle-même se rendra compte de l'inanité

de son appréhension et acceptera avec moins de difficulté la cohabitation.

L'auteur prétend avoir obtenu par ce procédé associé à la psychothérapie de très bons résultats et a guéri ainsi la majorité de ses malades.

b) *Procédé de Thure Brandt.* — Cette méthode thérapeutique n'est autre chose que le massage suédois adapté au traitement de cette pénible affection.

Nous donnons ce procédé tel qu'il a été conçu par l'auteur lui-même :

« Je considère comme capital de persuader à la malade avant tout qu'on n'exercera aucune violence. On sait combien est grande la sensibilité dans cette affection. La malade étant demi couchée, jambes pliées, j'applique le doigt enduit de vaseline sur l'une, puis sur l'autre des grandes lèvres, très légèrement pour commencer et en demandant si cela fait mal.

Puis j'applique le doigt sur l'autre point, très doucement et en posant toujours la même question.

Le lendemain et les jours suivants, je continue de la même façon, approchant par degré de l'orifice vaginal. Graduellement, j'arrive à mettre le doigt à l'entrée de l'orifice vulvo-vaginal, puis je le retire sans, pour ainsi dire, que la malade s'en aperçoive. La séance est terminée. A la suivante, je pénètre un peu, très peu, laissant le doigt cheminer par son propre poids et j'exerce une très légère compression à droite et à gauche. En allant ainsi par degrés et en exerçant toujours cette compression, on réussit en quelques jours à introduire l'index. » (D'après SACQUET.)

Comme on le voit, il ressort de la description que nous donne BRANDT, que son procédé n'est autre chose qu'une simple dilatation progressive, doublée de suggestion.

D'après cet auteur il faudra au moins quinze séances pour arriver, dans les cas les plus favorables, à guérir les femmes atteintes de vaginisme névropathique.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Professeur A. BINET)

Il s'agit d'une jeune fille, âgée de vingt et un ans, qui vient en juin 1924, trouver notre Maître, le professeur BINET, le lendemain d'une tentative de cohabitation.

Courtisée depuis quelque temps par un jeune homme, elle se décide à répondre aux sollicitudes pressantes de celui-ci. Mais, au moment où son partenaire fait une tentative de rapprochement sexuel elle souffre beaucoup et le coït ne peut être que vulvaire.

De constitution robuste et de bonne santé habituelle elle possède un tempérament névropathique des plus nets.

A l'examen des organes génitaux on se trouve en présence d'un vaginisme intense.

L'hymen est intact et la constriction des releveurs est telle que le toucher vaginal est impossible, provoquant de fortes douleurs.

La patiente refuse tout traitement. On conseille l'abstention complète des relations sexuelles.

Trois ans plus tard elle revient de nouveau trouver notre Maître.

Cette fois elle était mariée et mère de famille. Toute trace de vaginisme avait disparu.

Les circonstances de la première tentative de coït semblent donc avoir beaucoup influencé le psychisme de la malade et les réflexes vaginaux.

Lorsque cette femme s'est trouvée en situation régulière, le vaginisme ne s'est pas reproduit.

Nous nous trouvons donc en présence d'un vaginisme émotif, car l'émotion semble avoir joué un rôle important dans le cas particulier.

OBSERVATION II

(Professeur A. BINET)

M^{me} L..., âgée de vingt-deux ans, est mariée depuis quelques jours à un administrateur des colonies. Le mariage n'a pu être consommé malgré sa bonne volonté.

A l'examen on se trouve en présence d'une femme légèrement obèse, mais très nerveuse, chez laquelle la simple tentative de toucher vaginal, ou la simple idée de coït provoque des spasmes douloureux et un spasme intense au niveau de la musculature vulvo-vaginale.

L'examen de l'appareil génital ne relève aucune trace de défloration, aucune lésion de l'hymen.

On décide de pratiquer une dilatation brusque.

Sous anesthésie générale au chloroforme (D^r Herbier), on introduit dans le vagin un spéculum de Cusco et on dilate l'orifice vulvaire.

Immédiatement se produit une syncope réflexe, avec mydriase, syncope extrêmement inquiétante, qui dure pendant cinq à six minutes, et qui nécessite des manœuvres de respiration artificielle. Fort heureusement l'état syncopal se dissipe peu à peu.

Après cette dilatation brusque, les spasmes douloureux diminuent d'intensité et la jeune femme put inaugurer sa vie conjugale.

OBSERVATION III

(Professeur A. BINET)

Mariée depuis six ans, M^{me} M..., âgée de 28 ans, n'a jamais pu avoir de relations sexuelles normales. Son mari en était réduit à pratiquer avec elle le coït inter-crural.

Tous les traitements indiqués par divers médecins n'avaient donné aucun résultat, au désespoir des deux époux.

A l'examen, on se trouve en présence d'une robuste flamande qui n'a jamais été malade.

L'appareil génital est indemne de toute lésion et on trouve l'hymen intact.

On entreprend une dilatation brusque du sphincter vulvaire et anal sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

Mais, ce traitement échoue, car le vaginisme réapparaît très rapidement, rendant de nouveau toute tentative de coït normal impossible.

Seules, sans doute, une sympathectomie du nerf présacré ou une névrotomie du nerf honteux pourraient supprimer le spasme vulvo-vaginal. Mais jusqu'à présent, ces solutions ont été écartées par ce jeune couple.

OBSERVATION IV

(Clinique gynécologique. Professeur A. BINET)

M^{me} R..., âgée de 24 ans, est une femme de forte stature et de formes opulentes. Le mariage depuis quatre ans n'avait pu être consommé au sens légal du mot. Mais, fait particulier, cette personne et son mari, acceptant leur sort avec résignation, ne se décident qu'en février 1934, à consulter notre Maître.

A la clinique gynécologique, on pratique sous anesthésie épidurale à la syncaïne (60 centigrammes syncaïne pour 20 centimètres cubes d'eau distillée) une dilatation brusque extemporanée vulvaire et anale.

A la suite de cette intervention, la malade put enfin inaugurer et poursuivre une vie génitale normale.

OBSERVATION V

(Professeur FRÆLICH)

Il s'agit d'une jeune femme, âgée de 23 ans, atteinte depuis son mariage de contracture spasmodique du sphincter vaginal,

rebelle à tous les traitements. Deux fois déjà, la dilatation forcée avait été employée sans aucun résultat.

Notre maître, le professeur Froelich, résolut alors de pratiquer chez cette malade, dont toute thérapeutique avait échouée, l'opération qu'il avait décrit sous le nom de : « Traitement chirurgical autoplastique du vaginisme ».

A la suite de cette intervention, notre maître obtient une guérison complète et persistante.

OBSERVATION VI

(Professeur agrégé BODART et Docteur MARSAL)

Mme B... est atteinte d'un vaginisme intense depuis son mariage, il y a six ans.

Agée actuellement de 32 ans, elle possède un tempérament névropathique très net.

Toute tentative de rapprochement sexuel s'accompagne chez elle de douleurs insurmontables, suivi de vomissements et d'un état dépressif très marqué.

Une dilatation brusque, pratiquée sous anesthésie générale au chloroforme à la maternité de Nancy, n'améliore pas ces phénomènes.

En février 1935, une crise appendiculaire nécessite une intervention d'urgence et, par la même occasion, on pratique une dilatation brusque de l'anneau vulvo-vaginal. Cette dilatation fut suivie par douze séances de diathermie.

A la suite de cette intervention, on constate une amélioration de deux mois, suivie depuis le mois d'août de grossesse.

CONCLUSIONS

I. Le vaginisme est un état morbide caractérisé par la contracture involontaire et douloureuse du sphincter vaginal.

II. Le terme *Essentiel* est impropre et destiné à masquer notre ignorance. Le vaginisme *Dit Essentiel* est, en réalité, vraisemblablement en rapport avec une lésion minime et inapparente des organes génitaux, compatible avec un état névropathique particulier.

III. Le vaginisme se manifeste principalement à la suite des premiers rapports sexuels.

IV. Le vaginisme par l'obstacle qu'il apporte à l'accomplissement des fonctions sexuelles peut être une cause de stérilité.

V. Le vaginisme est généralement curable. La guérison est plus facile si l'affection est récente.

VI. Le traitement du vaginisme psychique par la dilatation brusque donne le plus de guérisons complètes. Le procédé de Walthard est un adjuvant utile et devrait être employé couramment.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAGON. — Caractères psychiques du vaginisme. (*Revue de l'Hypnotisme, et Psychol. physiol. Paris*, 1900-1901, XV.)
- AUDRY. — Sur les dyspareunies vulvo-vaginales, le faux et le vrai vaginisme. (*Provence Médicale*, Paris, 1913, XXLV.)
- BERKELEY and BONNEY. — A guide to gynecology in general practise. (London, 1919.)
- BINET (André). — La vie sexuelle de la femme. (L'expansion scientifique française, édit. Paris, 1932, chapitre VI. Troubles de la fonction musculaire. Le vaginisme.)
- La gynécologie indispensable. (L'expansion scientifique française, édit. Paris, 1934, chapitre XXIII, f. 312. Interventions sur le sympathique pelvien.)
- BINET (André) et Collaborateurs. — La douleur en gynécologie. (2^e édition. L'expansion scientifique française, édit. Paris, 1935.)
- BINET (André). — Quelques considérations sur la morphologie de la vulve. (*La Gynécologie*, juin 1935.)
- BLOCH (G.). — Notes sur un cas de vaginisme traité et guéri par le courant de haute fréquence. (*Bull. off. Soc. franç. d'Electrothérapie*, Paris, 1903, XI.)
- BUDIN. — Orifice vaginal et vaginisme. (*Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, 1905, VIII.)
- La membrane hymen et le vaginisme. (*Revue gén. de Chimie et Thérap. Paris*, 1905.)
- BILLINKIN. — A propos du vaginisme. (*Bull. off. Soc. franç. d'Electrothérapie*, Paris, 1903, XI, 185.)

- CHARRIER. — De la contracture spasmodique du sphincter vaginal. (Thèse de Paris, 1862.)
- COTTE (Gaston). — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. (Paris, 1927.)
- DALCHE. — Le vaginisme, ses causes, ses symptômes et son traitement. (*Journ. de Méd. int. Paris*, 1905, XIX, 372.)
- DITTEL (G.-L.). — Psycho-physische Behandlung des Vaginismus. (*Wiener Klinische Wochenschr.*, 11 avril 1929.)
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*. (Paris, 1926.)
- FRIED (E.). — *Der Vaginismus und die Ehen perverser Mannedr.* (Wien, 1919.)
- FRÉLICH. — Traitement chirurgical autoplastique du vaginisme. (Communication à la Société de Médecine de Nancy, séance du 30 mai 1894; *Revue Médicale de l'Est*, 1^{er} août 1894, f. 478.)
- HARTENBERG. — Le vaginisme névropathique. (*Les Sciences Médicales*, 15 janvier 1935.)
- HALBAN und SEITZ. — *Biologie und Patologie des Weibes*. Wien, 1928.)
- ILMER (B.-W.) et SELLHEIM (H.). — Anesthésie du nerf honteux interne. (*Semaine Médicale*, 1910, f. 319.)
- LACQUERRIÈRE. — Le traitement électrique du vaginisme. (*Bull. off. Soc. franç. d'Electrothérapie*, Paris, 1903.)
- LUTAUD. — Du vaginisme. (Thèse de Paris, 1874.)
- MICHON et WERTHEIMER. — Vaginisme. Névrotomie du nerf honteux interne. (*Lyon Méd.*, 14 mars 1923.)
- OLIVIER. — Sur un cas de vaginisme dyspareunique guéri par la résection du nerf présacré. (Soc. de Chirurgie de Lyon, séance du 7 mai 1931; *La Gynécologie*, janvier 1932, f. 55.)
- POZZI (Samuel). — *Gynécologie*. (Paris, 1897, livre XIV, chapitre VI, f. 1078.)
- REDER. — The treatment of vaginismus. (*The Amer. Journal of Obst. and Gynecol.*, mars 1928.)

- REMY. — Vaginisme, grossesse et accouchement. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Paris*, 1922, K.J.)
- RICHELOT (L.-G.). — Sur l'étiologie du vaginisme. (*Bull. et Mém. Soc. chir. de Paris*, 1908, XXXIV.)
- ROBERGET. — Le vaginisme. (*Guérir*, n° 59, 1^{er} mars 1935, f. 5.)
- ROUVIÈRE. — *Anatomie humaine*. (Paris, 1928.)
- SAQUET. — Traitement du vaginisme par le massage. Procédé de Thure Brandt. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1903, XXI.)
- SIREDEY (A.). — Le pseudo-vaginisme. (*Jour. de Méd. et de Chir.*, 10 oct. 1927.)
- TAVEL. — La résection du nerf honteux interne dans le vaginisme et le prurit de la vulve. (*Revue de Chirurgie*, 1902, XXV.)
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine*. (Paris, 1918-1931.)
- VIGNES (H.). — *Physiologie gynécologique*. (Paris, 1928.)
- VISCA. — Du vaginisme. (Thèse de Paris, 1870.)
- WALTHARD. — Die Psychogene Aetiologie und die Psychotherapie des Vaginismus. (*Münch. Med. Wochenschr.*, 1909.)
- Die Resultate der Psychotherapie bei Vaginismus. (*Centralbl. für Gynäkologie*, 1922.)
-

VU:
Nancy, le 28 Novembre 1935.
Le Président de Thèse,
FRÆLICH.

VU ET APPROUVÉ:
Nancy, le 28 Novembre 1935.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:
Nancy, le 29 Novembre 1935
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université,

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Notions anatomo-physiologiques</i>	13
— III. — <i>Etiologie et pathogénie</i>	19
— IV. — <i>Symptomatologie</i>	27
— V. — <i>Complications</i>	33
— VI. — <i>Evolution et pronostic</i>	37
— VII. — <i>Diagnostic</i>	39
— VIII. — <i>Traitement</i>	43
— IX. — <i>Observations</i>	69
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	75
